GASTROINTESTINAL BLEEDING WITH NONULCER ETIOLOGY

Gagiev P.K.¹, Bagaev A.B.², Siukaev A.K.³ (Russian Federation)
Email: Gagiev510@scientifictext.ru

¹Gagiev Petr Kazbekovich – Student;

²Bagaev Alan Batradzovich – Student;

³Siukaev Anatoly Konstantinovich – Student,

DEPARTMENT OF HOSPITAL SURGERY, MEDICAL FACULTY,
NORTH OSSETIAN STATE MEDICAL ACADEMY,
VLADIKAVKAZ

Abstract: *the causes of gastrointestinal bleeding can be very diverse. Often bleeding occurs in relative well-being or even complete health. In some cases, their severity may be insignificant; in others, bleeding is threatening and even leads to the death of the patient. The doctor at the bedside of the patient in such cases has to solve the difficult task of quickly diagnosing and choosing the right tactics for treating the patient. Meanwhile, it is known that in some cases it is extremely difficult and even not always possible to establish the cause of bleeding. Therefore, the problem of gastrointestinal bleeding remains relevant to the present.*

Keywords: *gastric ulcer, gastritis, gastric cancer, bleeding, gastrectomy, hemostasis.*

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Гагиев П.К.¹, Багаев А.Б.², Сиукаев А.К.³ (Российская Федерация)

¹Гагиев Петр Казбекович – студент;

²Багаев Алан Батрадзович – студент;

³Сиукаев Анатолий Константинович – студент,

кафедра госпитальной хирургии, лечебный факультет,

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, РФ,

г. Владикавказ

Аннотация: *причины возникновения желудочно-кишечных кровотечений могут быть самыми разнообразными. Нередко кровотечения возникают среди относительного благополучия или даже полного здоровья. Степень выраженности их в одних случаях может быть незначительной, умеренной, в других кровотечения несут угрожающий характер и даже приводят к гибели больного. Врачу у постели больного в таких случаях приходится решать сложную задачу быстрой постановки диагноза и выбора правильной тактики лечения больного. Между тем известно, что установить причину кровотечения в ряде случаев чрезвычайно трудно и даже не всегда*

возможно. Поэтому проблема желудочно-кишечных кровотечений остается актуальной и по настоящее время.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка, гастрит, рак желудка, кровотечение, резекция желудка, гемостаз.

Наиболее частой причиной желудочно-кишечных кровотечений является язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. По данным различных авторов, на долю язвенной болезни приходится от 50 до 80% всех желудочно-кишечных кровотечений.

Вопросу язвенных желудочно-кишечных кровотечений посвящена значительная литература. Многочисленная же группа неязвенных кровотечений, составляющая 30—40%, освещается в литературе недостаточно. Вследствие огромного разнообразия причин желудочно-кишечных кровотечений систематизация их представляется весьма трудной. До настоящего времени не существует единой общепринятой классификации их [4. С. 63-64].

В нашем распоряжении имеются данные о лечении 702 больных, страдавших желудочно-кишечными кровотечениями различной этиологии (исключая кровотечения, связанные с заболеваниями прямой кишки). Из этого числа у 401 больного (57%) кровотечение было обусловлено язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. У 96 больных (13,7%) причина кровотечения осталась невыясненной и у 205 больных (29,3%) причиной желудочно-кишечного кровотечения были самые различные заболевания.

В настоящем сообщении мы касаемся только вопроса желудочнокишечных кровотечений неязвенной этиологии и останавливаемся на анализе 205 наблюдений этой группы.

Основную массу больных (105 — 51%) с неязвенными желудочно-кишечными кровотечениями составляли больные, страдающие злокачественными новообразованиями различной локализации. Из 105 больных этой группы мужчин было 73 и женщин — 32. Самому молодому было 23 года и самому старшему 85 лет. 70% составляли больные в возрасте от 51 до 80 лет. Преимущественной локализацией опухоли был желудочно-кишечный тракт (102 больных) и, в частности, у 95 из них — желудок, и лишь у 3 больных опухоль локализовалась вне желудочно-кишечного тракта.

Как большую редкость, представляющую чрезвычайно большие диагностические трудности, следует отметить кровотечение на почве рака двенадцатиперстной кишки у больного 37 лет. У одного больного кровотечение было обусловлено наличием рака печени, развившегося на фоне

цирроза. У больных, подвергшихся операции, а также у умерших диагноз подтвержден патологоанатомическим исследованием. У 4 из них обнаружен рак — язва, у 2 — рак развился из полипа и у 1 наблюдался ретикулоэндотелиоз. Преобладал рак типа аденокарциномы и солидный рак. Примерно с одинаковой частотой опухоль локализовалась в кардиальной

части, области малой кривизны и пилорической части желудка. 20% больных на протяжении многих лет страдали язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, причем у 1/5 из них в прошлом наблюдалось прободение язвы. У 20% больных в анамнезе отмечен гипоацидный гастрит на протяжении многих лет.

Из 105 больных, страдавших желудочно-кишечными кровотечениями на почве злокачественных новообразований, кровотечение явилось первым симптомом в 4% случаев; до наступления кровотечения больные считали себя практически здоровыми. Кровотечение в прошлом имело место у 11 больных. Причем у 5 из них причиной кровотечения считалась язвенная болезнь. У 2 больных кровотечение было обусловлено наличием опухоли желудка и у 4 больных причина кровотечения не была выяснена.

В этой связи необходимо отметить, что кровотечения невыясненной этиологии не являются редкостью и, по данным разных авторов (Б. А. Петров, В. И. Стручков и др.), составляют до 14% всех желудочно-кишечных кровотечений. В отдаленные сроки у таких больных выявляются различные заболевания, которые могли служить причиной кровотечения, в том числе в 3% — злокачественные новообразования.

В целях улучшения ранней диагностики рака желудка большое значение придается диспансерному наблюдению над больными, длительно страдающими желудочно-кишечными заболеваниями. В этом отношении очевидна необходимость диспансеризации больных с неустановленной причиной желудочно-кишечного кровотечения [5. С.20-26].

Мы не можем подтвердить мнения о том, что кровотечения, обусловленные злокачественными новообразованиями, чаще бывают незначительными, поскольку считается, что кровотечение наступает не из крупного артериального сосуда, а из мелких сосудов распадающейся опухоли. Примерно у 50% наших больных этой группы кровотечение проявлялось развитием состояния коллапса, неукротимой рвотой цвета кофейной гущи и алой кровью и дегтеобразным стулом. Все поступившие больные с неустановленным диагнозом были подвергнуты рентгенологическому исследованию, 4% из них на высоте кровотечения. Осложнений при подобной тактике не наблюдалось. С целью остановки кровотечения после поступления больных в стационар проводились энергичные консервативные мероприятия: строгий постельный режим, холод на живот, хлористый кальций внутривенно, викасол, переливание гемостатических доз крови и т. д. У 4 больных консервативные мероприятия, направленные на остановку кровотечения, оказались неэффективными и больные были подвергнуты операции на высоте кровотечения [2. С.56-58].

Известны случаи, когда диагноз кровотечения из распадающейся опухоли, подтвержденный рентгенологически, на операции отвергался и обнаруживалась иная причина кровотечения. Поэтому в случаях, когда имеются хотя бы малейшие сомнения в правильности диагноза, а консервативные мероприятия по остановке кровотечения оказываются неэффективными — показано оперативное вмешательство. Существенным

критерием в диагностике окончательной остановки кровотечения являются данные исследования кала на скрытую кровь.

Следует отметить, что у больных с кровотечениями на почве злокачественных новообразований, в отличие от кровотечений язвенной этиологии, чаще реакция кала на скрытую кровь остается положительной длительное время после исчезновения кровавой рвоты и дегтеобразного стула.

Из 105 больных оперативному лечению подвергнуто 38. Радикальная операция резекция желудка произведена 17 больным; паллиативная операция (обшивание опухоли, термокоагуляция кровоточащего участка, гастроэнтероанастомоз и др.) — 4 больным. У 17 больных после остановки кровотечения операция была закончена пробной лапаротомией. Летальность среди больных злокачественными новообразованиями осложненными кровотечениями, высокая. На нашем материале она равняется 29,5%. Из числа 38 оперированных умерло 13 больных, причем из числа радикально оперированных — 6, из числа 67 неоперированных — 18 больных. Основной причиной смерти больных явилась раковая кахексия.

На втором месте по численности среди неязвенных кровотечений, по нашим наблюдениям, стоит группа больных с кровотечениями из расширенных вен пищевода и желудка на почве цирроза печени. Всего наблюдалось 25 таких больных, то есть 17% по отношению к неязвенным кровотечениям и 5% по отношению ко всем наблюдавшимся желудочно-кишечным кровотечениям. Хотя этому вопросу посвящена большая отечественная и иностранная литература и вопрос этот обсуждается на протяжении многих лет, результаты лечения этих больных следует считать неудовлетворительными [3. С.26-28].

Из 35 больных умерло 15, что составляет 42,8%. Самому молодому было 17 лет и самому старшему 71 год. Наибольшее число больных было в возрасте от 21 года до 50 лет. Мужчин — 25 и женщин — 10. 5 больных в прошлом перенесли спленэктомию. 2 больных подвергнуты спленэктомии в нашей клинике на высоте кровотечения. Операция оказалась успешной и больные были выписаны в состоянии улучшения. У одного больного, находившегося в крайне тяжелом состоянии, кровотечение было успешно остановлено перевязкой селезеночной артерии. Повторные кровотечения наблюдались у 8 больных этой группы.

Дифференциальная диагностика на высоте кровотечения, в случае отсутствия явных признаков цирроза печени (желтуха, асцит, увеличение печени), нередко представляет большие трудности даже во время операции. Нами наблюдались больные, оперированные в прошлом в

других учреждениях, которым на высоте кровотечения была произведена резекция желудка. Однако и после операции у этих больных кровотечения повторялись, истинная причина их была установлена позже. Следует считать целесообразным в неясных случаях спленоманометрию и спленопортографию на высоте кровотечения.

Не касаясь в деталях различных сторон сложного вопроса желудочно-кишечных кровотечений на почве цирроза печени, считаем необходимым подчеркнуть важность проведения у таких больных мероприятий направленных на улучшение нарушенных функций печени. Клиницистам нередко приходится констатировать смерть таких больных при относительно неплохих гематологических и гемодинамических показателях на фоне прогрессирующей; печеночной недостаточности. Известно, что кровопотеря резко понижает антитоксическую функцию печени. Кровотечение же у больных с пораженной печенью в значительно большей степени ухудшает состояние, вплоть до развития печеночной комы и гибели больного. Поэтому наряду с мероприятиями, надавленными на остановку кровотечения, следует считать обязательными мероприятия, направленные на улучшение нарушенных функций печени: глюкоза внутривенно с инсулином, витамины, препараты печени кислородотерапия и т. д. Мы располагаем наблюдениями над больным находившимся, казалось, в безнадежном состоянии, где энергичное сочетание указанных мероприятий давало положительные результаты [1. С. 45].

Кровотечение на почве эрозивного или геморрагического, гастрита наблюдалось у 31 больного (12,9%). По данным разных авторов, эти кровотечения составляют от 27,3 до 60% и более всех язвенных кровотечений (Л. А. Збыковская, Б. С. Розанов и др.). Диагностика этих кровотечений также нередко чрезвычайно трудна. Особенно бывает трудно дифференцировать эти кровотечения от язвенных. Отсутствие язвенного анамнеза, связь кровотечения с погрешностью в диете, данные рентгенологического исследования весьма важны в постановке правильного диагноза.

Из 31 больного этой группы мужчин было 24 и женщин — 7. Самому молодому было 22 года и самому старшему 85 лет. 2/3 составляли больные в возрасте от 25 до 60 лет. Умерло 4 больных. Все они были мужчины старше 70-летнего возраста. Операции они не подвергались в связи с тяжестью общего состояния, обусловленного заболеванием сердечно-сосудистой системы с резко выраженным общим атеросклерозом.

У половины всех больных с кровотечением на почве гастрита возникновению кровотечения предшествовала погрешность в диете (недоброкачественность пищи, прием алкоголя и т. д.). 8 больных (все они были старше 50-летнего возраста) страдали гипертонической болезнью.

Проведение консервативных, мероприятий обеспечивало остановку кровотечения и оперативное вмешательство, по нашим наблюдениям, у таких больных не требовалось, хотя кровотечения нередко при поступлении больных в стационар были тяжелыми.

У 7 больных (3,5%) наблюдалось кровотечение на почве полипоза, у 5 больных был диагностирован полипоз желудка, у 1—полипоз двенадцатиперстной кишки и у одного — полипоз толстой кишки. Среди них было 6 женщин и 1 мужчина. Возраст больных колебался от 41 года до 56 лет.

Обычно считается, что кровотечения на почве полипоза носят умеренный характер. Усиление кровотечения может обуславливаться ущемлением полипа, отрывом его и т. д. Имеются наблюдения больного, у которого полипоз сочетался с гипертонической болезнью, и кровотечение у него носило угрожающий характер со снижением гемоглобина до 40%. В связи с отказом больного от операции проводилось консервативное лечение. Кровотечение удалось остановить.

Кровотечение на почве полипоза следует считать прямым показанием к операции, особенно в связи с возможностью перерождения полипа в рак. Так, из 7 наблюдаемых больных у одного гистологически отмечалась картина предракового состояния и, как указывалось выше, у двух больных злокачественная опухоль желудка, обусловившая кровотечение, развилась также из полипа.

Болезни крови явились причиной желудочно-кишечных кровотечений у 6 больных (3%). Все больные были мужчины в возрасте от 21 года до 40 лет. У 2 больных причиной кровотечения была гемофилия, у 2 — лейкоэмический миелолейкоз и у 2 — лимфоидная лейкемия. Большей частью обычного анализа крови, тщательно собранного анамнеза сказывалось достаточно для постановки ориентировочного диагноза - заболевания крови. Лечение больных сводилось к консервативным мероприятиям. Больным гемофилией переливалась кровь до 10 раз и более, в общей сложности до 4 литров. Летальных исходов не наблюдалось.

Кровотечения на почве тромбоза сосудов брыжейки наблюдались у 4 больных. У 3 из них (все они были старше 70-летнего возраста) имел место тромбоз артерий с последующим обширным некрозом тонкого кишечника, развитием явлений кишечной непроходимости и желудочно-кишечным кровотечением. У одной больной 23 лет кровотечение началось на почве тромбоза брыжеечных вен. До наступления кровотечения больная перенесла резекцию 1,5 метра тонкого кишечника в результате тромбоза вен, и кровотечение, развившееся уже после резекции, было остановлено консервативными мероприятиями с применением антикоагулянтов.

Желудочно-кишечные кровотечения наблюдались у 4 больных с дивертикулами; у одного — имелся дивертикул пищевода и у трех — дивертикул двенадцатиперстной кишки. Мужчин было 3 и женщин — 1. Больные были в возрасте от 42 лет до 81 года.

Желудочно-кишечное кровотечение является одним из тяжелых осложнений дивертикула. Оно может носить угрожающий характер, а выявление дивертикула на высоте кровотечения не всегда возможно. Наблюдалась больная 54 лет с тяжелым желудочно-кишечным кровотечением в виде обильной кровавой рвоты и дегтеобразного стула с падением гемоглобина до 30%. По жизненным показаниям, больная была оперирована на высоте кровотечения, однако причина кровотечения не была установлена и после гастротомии. Резекция желудка не производилась. Кровотечение было остановлено консервативными мероприятиями. Больная была выписана домой в удовлетворительном состоянии [6. С. 27-32].

При обследовании через один год рентгенологически у больной выявлен дивертикул двенадцатиперстной кишки. Мы полагаем, что причиной кровотечения у больной был дивертикул, заполненный сгустком крови и невыявленный при рентгенологическом исследовании на высоте кровотечения и в ближайший период после остановки кровотечения.

Кровотечение на почве доброкачественных опухолей желудка наблюдалось у 3 больных (3,5%): у 2 из них кровотечение было обусловлено наличием нейрофибромы и у 1 больной — лейомиомы желудка. В связи с тем что консервативные мероприятия не давали эффекта, трое больных были оперированы на высоте кровотечения. Постановка правильного диагноза в таких случаях представляет чрезвычайно большие трудности. Доброкачественный характер опухоли может считаться достоверным лишь после гистологического исследования. Двое из этих больных обследованы через 11 и 12 лет. Рецидива опухоли не найдено. Кровотечения не возобновлялись. Не останавливаясь на казуистических наблюдениях (кровотечение на почве калькулезного холецистита, милиарного туберкулеза, геморрагической пневмонии, ожога пищевода и желудка кислотой), считаем необходимым подчеркнуть особую тяжесть послеоперационных желудочно-кишечных кровотечений. Из 3 наблюдавшихся больных с послеоперационными желудочно-кишечными кровотечениями 2 умерли. Оба они были оперированы по поводу рака и кровотечение у одного развилось в условиях холемии после наложения холецистогастроанастомоза, у другого кровотечение возникло на почве гангрены культи желудка. Третий больной с кровотечением из анастомоза после резекции желудка по поводу язвы был сразу подвергнут повторной операции. Наступило выздоровление. Только при раннем оперативном вмешательстве можно рассчитывать на благоприятный результат в подобных случаях. У 3 больных, оперированных в прошлом в отдаленные сроки, после операции наблюдалось желудочное кровотечение в результате инвагинации петли тонкой кишки (2 больных) в брауновский анастомоз или в анастомоз с желудком и у одного больного — в результате ущемления желудка в диафрагмальной грыже. У всех этих больных имело место сочетание кровотечения с резко выраженным болевым синдромом, что до некоторой степени облегчало диагностику. Больные были подвергнуты оперативному вмешательству с благоприятным исходом. Операции у таких больных нередко бывают сложными, реконструктивными и требуют высокой квалификации хирурга [7. С. 125-127].

ВЫВОДЫ

1. Кровотечения неязвенной этиологии составляют, по нашим наблюдениям, 29,3% всех желудочно-кишечных кровотечений (без кровотечений из прямой кишки).

2. Наиболее частой причиной неязвенных кровотечений являются злокачественные новообразования, цирроз печени с портальной гипертензией и эрозивный гастрит.

3. Среди больных, страдающих неязвенными кровотечениями, летальность остается высокой — 28,3%.

4. Диагностика причин неязвенных кровотечений нередко представляет чрезвычайно большие трудности.

5. Только активная хирургическая тактика может обеспечить улучшение результатов лечения больных в случаях неясного диагноза.

Список литературы / References

1. *Баткаев А.Р.* Комплексное лечение неязвенных гастродуоденальных кровотечений с использованием внутриспросветной эндоскопии: Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.00.27 / Воронежская гос. мед. акад. Воронеж, 2010. 45 с.
2. *Богун Л.В.* Острые желудочно-кишечные кровотечения / Л.В. Богун // Острые и неотложные состояния в практике врача, 2010. № 3. С. 56-58.
3. *Колесникова Е.В.* Острые кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода: фармакологическая коррекция и профилактика / Е.В. Колесникова // Острые и неотложные состояния в практике врача, 2010. № 3. С. 26-28.
4. *Кондратенко П.Г.* Организационные вопросы оказания специализированной помощи больным с острыми кровотечениями в просвет пищеварительного канала / П.Г. Кондратенко, М.В. Соколов, Н.Л. Смирнов // Хирургия, 2007. № 10. С. 63-64.
5. *Короткевич А.Г.* Эндоскопия при синдроме Маллори-Вейсса / А.Г. Короткевич, Я.Я. Маринич, Ф.И. Лобыкин // Эндоскоп. хир., 2009. № 3. С. 20-26.
6. Лечение больных с неязвенными гастродуоденальными кровотечениями с использованием новых технологий / Е.Ф. Чередников, А.Р. Баткаев, Ю.В. Малеев [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии, 2009. № 2. С. 27-32.
7. Оптимизация медикаментозной профилактики рецидива язвенного желудочно-кишечного кровотечения / Ю.Г. Шапкин, С.В. Капралов, А.В. Климашевич [и др.] // Мед. Альманах, 2010. № 1. С. 125-127.